

**LA CIUDAD DE SAN DIEGO EL DEPARTAMENTO DE PARQUE Y RECREACIÓN
REGISTRACIÓN PARA EL PROGRAMA DE APRENDER A NADER
Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MEDICO**

ALBERCA: _____

APPELLIDO DEL PARTICIPANTE (escribir letra de molde): _____ Fecha: ____/____/____

DOMICILIO: _____ APT./SUITE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO: () _____ NOMBRE EN CASO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: () _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: () _____ NOMBRE SEGURO MÉDICO: _____

Información pertinente de la historia médica (epilepsia, diabetes, alergias, etc.): _____

En consideración para poder participar en programas de la Ciudad de San Diego y de Consejo de Recreó, reconozco y estoy de acuerdo que:

1. Ni la Ciudad de San Diego ni el Consejo de Recreó mantienen seguro médico por daños al participante que puedan ocurrir durante la participación en clases/actividades/eventos.
2. Por virtud de participación, **LOS PARTICIPANTES ARRIESGAN DAÑO CORPORAL, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A, PARÁLISIS, DESMEMBRAMIENTO, MUERTE Y OTRAS PERDIDAS INCLUYENDO DAÑOS A PROPIEDAD.**
3. **ESTANDO EN PLENO CONOCIMIENTO Y LIBREMENTE ASUMO TODO RIESGO PARA MI NIÑO/A (Y/O MI MISMO).**
4. **RENUNCIO DE RESPONSABILIDAD, DECLARO INOCENTE Y PROMETO NO DEMANDAR A LA CIUDAD DE SAN DIEGO O A EL CONSEJO DE RECREÓ,** sus oficiales, agentes o empleados con respecto a cualquier daño incluyendo, pero no limitado a, parálisis, desmembramiento, muerte o pérdidas excepto cuando estos resulten por negligencia o mala conducta hecho intencionalmente o por mala voluntad de alguno de los individuos o de las organizaciones.
5. Estoy de acuerdo en informar a mi niño/a a que debe seguir (o estoy de acuerdo en obedecer) todas la reglas de seguridad, también cualquier instrucción dada durante la clase/actividad/eventos incluyendo durante lecciones, paseos, entrenamientos, juegos o torneos.
6. Autorizo y doy mi consentimiento para que asistencia médica sea proporcionada en una situación de emergencia para el niño/a (o para mí) durante alguna actividad, clases, entrenamientos, eventos especiales, excursiones, juegos o torneos.
7. **ESTE ACUERDO Y RENUNCIA OBLIGA A HEREDEROS, REPRESENTANTES, PARIENTES DIRECTOS, ESPOSO(A) Y PERSONAS ASIGNADAS.**
8. Por este medio otorgo permiso para que el niño/a nombrado a continuación sea fotografiado, grabado en video o registrado para propósitos de publicidad y renuncio a todas las formas de compensación.
9. Certifico a lo mejor de mi conocimiento, que la condición física actual de mi niño/a (o mía) es satisfactoria para participación en clases/actividades/eventos, y que el/ella (o yo) se encuentra libre de cualquier problema de salud que afectara su (o mi) capacidad de participación. Por favor note: Individuos con condiciones de salud, pero no limitado a, alergias crónicas (por ejemplo: asma), ataques de apoplejía o de epilepsia, no pueden participar hasta someter una autorización médica. Además, debo notificar al entrenador/instructor de cualquier condición(es) de salud antes de participar.
10. Entiendo y convengo que es mi responsabilidad asegurar que la dirección y la información sobre el contacto de emergencia enumerada abajo esta al corriente.
11. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO PARA UN MENOR DE EDAD:** En situación de enfermedad, accidente o herida que pueda ocurrir a un menor de edad, mientras participan en clases/actividades/eventos de la Ciudad de San Diego y de su representante, agentes o concesionarios, cuando padres, tutores familiares o el medico personal no puedan ser localizados o ponerse en contacto, por este medio yo otorgo mi consentimiento para que bajo estas circunstancias, personal médico autorizado y con licencia otorgada por el Estado de California preste el tratamiento de emergencia necesario.
12. Clases/actividades/eventos a cuales esta forma de renuncia de responsabilidad y autorización para tratamiento médico son:

Nombre (letra de molde)	Fecha de Nacimiento	Título de Clase	Primer Elección Sesión y Horario	Segunda Elección Sesión y Horario	Tercer Elección Sesión y Horario	Cuota
Hagan los cheques pagable al City Treasurer. NOTA: Habrá una carga de \$20.00 para todos cheques devueltos. Total Incluido						

FIRMA DE EL PARTICIPANTE (18 años o mayor): _____

FIRMA DE LOS PADRES O TUTOR SE REQUIRE SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD: Este documento certifica que como padre/tutor del participante, doy mi consentimiento a esta renuncia de responsabilidad y autorización de tratamiento médico. Comprendo que la participación en este programa es voluntaria.

Nombre del Padre/Tutor (escribir letra de molde): _____ Relación: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____